FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREȘTI

No. 1932

Drenajul transcervical

în

Hysterectomiile abdominale subtotale

TEZA

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută în ziua de 28 Iunie 1923

DE

MARCEL I. MARGULIUS

— BUCUREȘTI —
TIPOGRAFIA «COVORBIRI LITERARE» STR. CÂMPINEANU, 17
1923

FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREȘTI

Anul 1932

Drenajul transcervical

în

Hysterectomiile abdominale subtotale

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

TEZA

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută în ziua de 23 Iunie 1923

DE

MARCEL I. MARGULIUS

INSTITUTUL MEDICO FARMACEUTIC BUCUREȘTI BIBLIOTECA CENTRALĂ Inv. Nr. 67382

— BUCUREȘTI —
TIPOGRAFIA «COVORBIRI LITERARE» STR. CÂMPINEANU, 17
1923

Decan D-nul Prof. Dr. IONESCU THOMA

Profesori titulari :

Clinica II-a chirurgicală . . . . . D-l Dr. ANGELESCU C.
Chimia medicală . . . . . „ „ ATANASESCU
Clinica chirurgicală infantilă și ortopedie „ „ BĂLĂCESCU I.
Anatomia patologică . . . . . } „ „ BABEȘ V.
Bacteriologia și patologia experimentală }
Istologia normală și Istogeneza . . . . „ „ BESNEA ST.
Medicina experimentală . . . . . „ „ CANTACUZINO I.
Clinica Ginecologică . . . . . „ „ DANIEL C.
Clinica a II-a medicală . . . . . „ „ DANIELOPOL D.
Anatomia topografică II . . . . . „ „ GEROTA D.
Farmacia chimică și galenică . . . . „ „ GEORGESCU M.
Clinica și teoria obstetricală . . . . . „ „ GHEORGHIU N.
Anatomia topografică I }
Clinica I chirurgicală } . . . . . „ „ IONESCU TH.
Clinica III-a medicală . . . . . „ „ IONESCU D.
Clinica III-a chirurgicală . . . . . „ „ JUVARA E.
Clinica boalelor căilor urinare . . . . „ „ JIANU A.
Farmacologia și materia medicală . . „ „ LALU S.
Clinica boalelor oto-rino-laringologice . „ „ METIANU N.
Clinica boalelor nervoase . . . . . „ „ MARINESCU GH.
Chimia analitică . . . . . „ „ MINOVICI ȘT.
Clinica infantilă . . . . . „ „ MANICATIDE M.
Igiena și poliția sanitară . . . . . „ „ MEZINCESCU D.
Medicina legală . . . . . „ „ MINOVICI M.
Oftalmologia și clinica oftalmologică . „ „ MANOLESCU D.
Clinica I-a medicală . . . . . „ „ NANU-MUSCEL I.
Clinica dermatologică și sifiligrafică . . „ „ NICOLAU ȘT.
Clinica mentală . . . . . „ „ OBREGIA AL.
Fiziologia umană . . . . . „ „ PAULESCU N.
Patologia generală . . . . . „ „ PROCA GH.
Anatomia descriptivă și embriologia . „ „ RAINER FR.
Zoologia medicală . . . . . „ „ SIHLEANU ST.
Botanica medicală . . . . . „ „ SOLACOLU T.
Patologia medicală . . . . . „ „ THOMESCU I.TH.
Terapeutica experimentală . . . . . „ „ THEOHARI A.
Analiza alimentelor și băuturilor . . . „ „ VINTILESCU I.

Profesori agregați :

Medicina operatoare . . . . . D-l Dr. CONSTANTINESCU C.

JURIUL DE PROMOȚIUNE :

Președinte : D-l Prof. Dr. DANIEL C.
Membrii : „ „ „ JIANU A.
„ Cont. „ BUTOIANU M.
D-l Doc. Dr. MARINESCU G.
» » » BEJAN I.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima nici aprobare, nici desaprobare.

Părinților mei,

In semn de sinceră și
nețărmurită dragoste
și adâncă recunoș-
tiință le închin
această lucrare.

Consider o datorie, ca în fruntea acestei lucrări, să arăt D-lui Profesor C. DANIEL, cel care mi-a inspirat subiectul, recunoștiința mea cea mai respectuoasă, pentru buna voință ce mi-a arătat-o întotdeauna și pentru deosebita cinste ce mi-a făcut prezidându-mi teza.

De asemeni profit de această ocaziune pentru a mulțumi Domnilor Profesori cari au contribuit la îmbogățirea cunoștiințelor mele, și îi rog să primească pe această cale omagiile mele de recunoștiință.

I. Drenajul în Gynecologie

Chestiunea drenajului în operaţiunile gynecologice chirurgicale a preocupat mult timp pe chirurgi, fiind obiectul a numeroase discuţiuni şi experienţe. Astfel, mulţi chirurgi, — marea majoritate — găsesc necesar drenajul, în urma operaţiunilor gynecologice chirurgicale, atunci când era indicat. Indicaţiunile, bine înţeles, variind după ideile fiecăruia. Astfel, în 1876, Delore drenează ca tratament în kystele ovarului ; apoi Gilette într'un flegmon al ligamentului larg, face un drenaj abdomino-vaginal în 1878. Pozzi, la 1879, drenează în urma unei ovariotomii, prin un tub de cauciuc ale cărui extremităţi es: una deasupra pubelui şi cealaltă prin vagin. Ceva mai târziu, Spenzer Wells şi Koeberlé, caută să reglementeze întrebuinţarea drenajului, spunând că acesta nu trebue practicat, decât în faţa obligaţiunei de a lăsa în comunicaţie cu cavitatea abdominală pungi, cu pereţii necrozaţi, sau atunci când chirurgul e obligat a stabili suturi şi ligaturi, cu regiuni ce sunt contaminate în mod continuu, de materii, mai mult ori mai puţin septice. (vaginul de ex.).

Dar pe lângă cei cari admit şi practică drenajul, găsim alţii, între cari Pouchon de la Bruxelles cari nu-l admit cu nici un preţ. Pouchon spune în lucrarea sa «Trois cas d'ovariotomie traités avec succès sans drainage» apărută în 1881, că e mult mai preferabilă o nouă deschidere a abdomenului, în caz de nevoie, decât riscul de a lăsa aci, corpi străini, necesari drenajului.

Cel care pune la punct, şi consfinţeşte aplicarea drenajului în operaţiunile gynecologice, este Pozzi, care la 1881 în lucrarea sa, dă trei mari indicaţiuni pentru drenaj:

1. Teama de o sângerare abundentă după închiderea abdomenului;

2. Existenţa în cavitatea peritoneală a unei suprafeţe septice susceptibile de a da lichide a căror resorbţie ar fi dăunătoare;

3. Prea marea rupere a peritoneului ca dublu factor:

a) Ca sursă de secreţie persistentă,

b) Ca pedică pentru resorbţie.

Plasează drenul, sau în unghiul inferior al plăgei abdominale sau în Douglas. Ca material, întrebuinţează: tubul de cauciuc al lui Chassaignac, tubul de gumă al lui Sims sau tubul de sticlă al lui Koeberlé.

Tot Pozzi, ceva mai târziu pune în aplicare ideia lui Hégar şi întrebuinţează drenajul capilar prin meşe de gaz.

La 1886, Potocki ne face cunoscute diferitele moduri de drenaj ce se practicau atunci.

In urmă, aplicarea drenajului devine curentă şi azi nu există chirurg care atunci când este necesară aplicarea lui, să nu o facă cu încredere, şi dacă o face conform regulelor de asepsie, de technică şi corespunzător indicaţiunilor sale, să nu o facă cu succes deplin.

* * *

Sunt două căi de drenaj a seroasei pelviene:

1. Calea vaginală (calea de jos).
2. Calea abdominală (calea de sus).

Drenajul pe calea vaginală este cel care se practică azi de către marea majoritate a chirurgilor, după hysterectomiile subtotale. Se poate executa în trei moduri: prin fundul de sac al lui Douglas (retrocervical), prin fundul de sac vesico-uterin (precervical), atunci când fundul de sac posterior nu-i accesibil, şi în fine pe cale naturală, transcervical, materialul de drenare fiind trecut prin cavitatea colului. Aceste moduri de drenaj pot fi făcute fiecare separat, ori combinate; adică în acelaş timp să facem un drenaj transcervical şi retrocervical.

Drenajul pe calea sup. (abdominal), constă în drenarea seroasei peritoneale, pe cale superioară şi modul lui de a lucra este prin capilaritate, absorbţiune, bazat pe principiul vaselor comunicante şi prin aceia că strângându-se o cantitate mare de sânge ori serozitate în pelvis, o parte este dat afară, (le trop plein). Cea mai înaltă expresie a drenajului abdominal este Mikulicz. Acesta se face în modul următor: în mijlocul unei comprese simple, pătrate, se fixează un fir. Cu ajutorul unei pense lungi. se introduce compresa în cavitatea de tamponat. In această compresă se introduc meşe de gaz. Compresa se retrage după 3-4 zile. Extracţia e dureroasă şi trebue să se facă lent de tot. Inainte de a scoate compresa se scot zilnic, câte una din meşele ce erau înăuntru.

* * *

Materialul de întrebuinţat, atât în drenajul vaginal, cât şi în cel abdominal, se compune din: meşe de gaz sau tub de cauciuc, putând fi întrebuinţate fiecare separat ori ambele combinate.

Drenajul în gynecologie, oricare ar fi modul său de executare are trei mari *indicaţiuni* dictate de incertitudinea hemostazei, de faptul că peritonizarea pelvisului este incomplectă ori imposibilă, în fine când s'a făcut, sau bănuim, o inoculaţie septică în cursul intervenţiunei mai ales când s'a avut de manevrat

cu tumori chistice, cu conținut septic, ce s'au spart în cursul manevrelor operatoare, inoculând astfel seroasa ; sau când s'au făcut extirpări de tumori solide sfacelate. In fine, drenajul își mai are indicațiunile sale, atunci când se lezează în mod accidental organe cavitare cu conținut septic. (Intestin subțire ori gros, vezică, uretere) ; sau în histerectomiile totale pentru cancer, în cele subtotale pentru leziuni inflamatorii anexiale.

Nu se drenează, atunci când operațiunea s'a făcut în cele mai desăvârșite condițiuni de asepsie, pentru tumorile fără aderențe, fără urme de inflamațiune, atunci când peritonizarea s'a făcut complect și când hemostaza perfectă este bine asigurată.

Puse față în față și comparate, drenajul abdominal și cel vaginal, constatăm că drenajul abdominal, sub orice formă ar fi făcut, (meșe, dren ori Mikulicz) are inconvenientul că lasă în urmă o cicatrice, adesea chiar eventrațiune ; apoi nu drenează decliv, serozitățile sau lichidul se strâng în fundurile de sac și de aci, în mod ascendent trebuie să fie evacuate. Prin drenajul abdominal, se fac repede aderențe în jurul tuburilor ori meșelor, care se izolează astfel de cavitatea ce trebuie drenată. Aceste inconveniente ale drenajului superior, se găsesc înlăturate, atunci când se practică drenajul pelvisului pe cale vaginală ; cicatricea, eventrațiunea, nu mai au loc și drenarea se face decliv. Drenajul vaginal ar avea inconvenientul că s'ar putea face, o infecțiune ascendentă: microbi din vagin trecând în pelvis. Insă acești microbi sunt în general saprofiți, și o asepie riguroasă a vaginului împedică înmulțirea lor, așa că nu vom avea să ne temem, chiar dacă s'ar găsi între ei și unele specii patogene ; apoi, lichidele care se scurg de sus în jos, îi duc cu ele împedicând astfel ascensiunea lor și deci infecțiunea seroasei.

II. Drenajul transcervical

Drenajul cervico-vaginal ~~transcervical~~ în histerectomiile abdominale subtotale tinde a fi adoptat de cei mai mulţi. Astfel îl vedem practicat de chirurgi de seamă ca: Toth, Taufer, Mezaros, Beuttner, J. L. Faure, având fiecare modul său particular de a-l practica. J. L. Faure deschide colul înapoi, pe linia mediană cu foarfecele, interesând toată înălţimea colului şi peretele posterior al vaginului până în Douglas. Apoi pune un dren flancat de 2 meşe de gaz pe care-l introduce de sus în jos. Beuttner, face drenajul cervico-vaginal cu ajutorul unui tub de cauciuc şi termină prin cloazonarea basinului cu peritoneu, sus sau jos, servindu-se chiar şi de mezocolonul pelvian, atunci când are lipsă mare de seroasă, sau când se teme de o infecţie mare. Technica drenajului transcervical este ~~însă~~ reglementată de d. Prof. Daniel într'o lucrare apărută în »Archives franco-belges de chirurgie» în 1922 şi intitulată «*Le drainage transcervical dans l'hystérectomie subtotale*».

Scopul pentru care se face acest drenaj în urma hysterectomiilor subtotale este triplu : Profilactic, hemostatic şi evacuator.

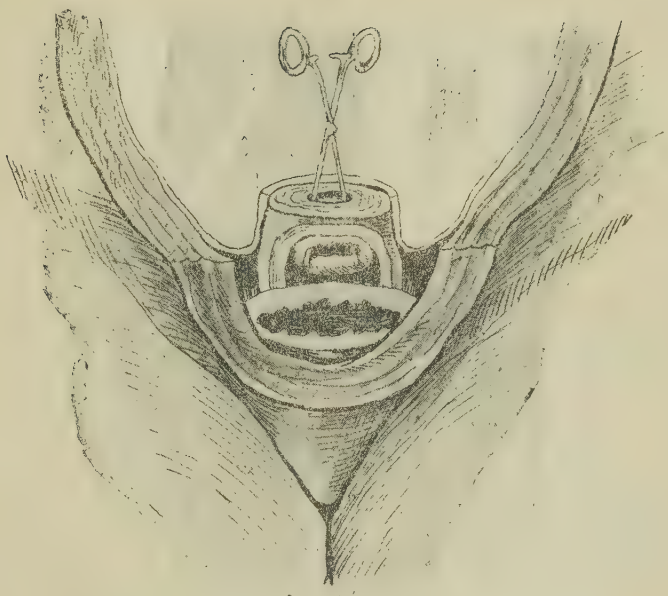
Profilactic. Atunci când în urma hysterectomiilor subtotale peritonizarea nu s'a făcut complect, când s'a lucrat în condiţiuni de asepsie imperfecte, (tumori cu conţinut septic, leziuni anexiale inflamatorii), sau, pentru a evita acumularea de serozităţi, bune medii de cultură microbiană.

Hemostatic. Atunci când sunt hemoragii venoase în masă. In acest caz meşele de gaz, joacă rol de tampon, împiedicând în acelaş timp îngrămădirea în basin, a sângelui care s'ar rezorbi cu greu şi ar putea fi şi un bun mediu de cultură.

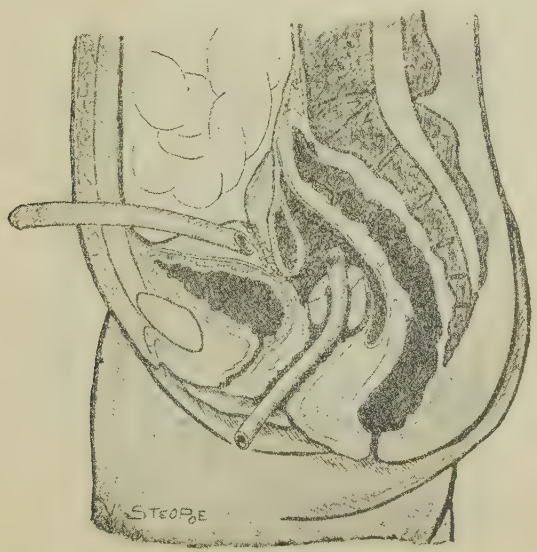
Evacuator (Curativ). Când drenajul, are drept scop de a face ca lichidele existente în micul basin să fie evacuate la exterior, fie că aceste lichide sunt aseptice (simple serozităţi) ori septice (puroi).

* * *

Technica drenajului transcervical. — *Varietăţile acestui drenaj.* D. Prof. Daniel convins de superioritatea hysterectomiilor abdominale subtotale, faţă de cele totale, încurajat de avantajele



Drenaj transcervical. Dilatarea colului uterin printr'o pensă lungă, pentru a ușura trecerea drenului



Drenaj transcervical extra peritoneal Marea cavitate peritoneală, izolată complect de peritoneul micului basin. Colul traversat de un tub, care drenează zona operatoare de dedesubtul noului perete transversal al basinului. Un alt tub permite scurgerea lichidelor din marea cavitate peritoneală (drenaj abdomina').

Drenaj transcervical subperitoneal. Cavitatea peritoneală complect închisă Colul traversat de dren ; extremitatea superioară a lui depășind suprafața cervicală și drenează parametrul

Drenaj transcervical intra peritoneal Drenul în contact cu ansele intestinale. Marea cavitate peritoneală comunică cu focarul operator

incontestabile ale drenajului decliv prin vagin, întrebuinţează de mai mulţi ani, aproape exclusiv drenajul transcervical atât pentru a face să se scurgă lichidele acumulate în micul basin, cât şi pentru a face hemostaza. Practicat de mai multă vreme de Vanverts, drenajul transcervical nu a fost preconizat sistematic în histerectomiile supra-vaginale, decât în anul 1919 de către d. prof. Daniel la Societatea de Urologie din Bucureşti. In urmă, prof. Rouville găseşte drenajul pelvisului necesar şi uşor de executat, atunci când face o evidare largă a colului. Practicarea drenajului transcervical aşa cum o face d. profesor Daniel se face după următorii 5 timpi:

1. *Dilataţia colului.* Hysterectomia subtotală efectuată şi drenajul transcervical găsindu-se indicat, în loc de a se sutura cele două buze ale colului uterin, ele sunt lăsate deschise pentru ca prin canalul cervical să se facă către vagin, pe o cale naturală, drenarea micului basin.

Când e nevoe să facem dilatarea colului, atunci se şterge cu un tampon îmbibat în Tinctură de Iod, cavitatea colului, spre a o steriliza, şi în urmă se introduce dilatatorul Sims or o pensă lungă închisă pe care o deschidem când o tragem. In acest mod, se obţine repede o dilataţie a canalului cervical cam cât degetul cel mic şi drenajul se execută uşor.

2. *Evidarea.* Se întâmplă uneori, ca în unele coluri prea voluminoase, cu cavităţi puţin permeabile, strânse, stenozate, cu pereţii induraţi şi inextensibili, dilataţia să nu mai fie posibilă şi atunci este necesar a se face evidarea bontului cervical; operaţiune recomandată cu multă căldură de Rouville încă din 1912. După evidare, se procedează la dilataţie şi drenajul se execută uşor. Pentru evidare, prof. Hartmann apucă cu 2 pense Museaux marginea anterioară şi posterioară a bontului cervical, apoi expune cu ajutorul acestor pense partea superioară a colului şi excizează în pană, ţesutul muscular din jurul canalului cervical. D. prof. Daniel se serveşte de aceiaşi metodă.

3. *Hemostaza bontului cervical.* In urma hysterectomiilor subtotale colul secţionat, sângerează, de obicei, puţin, cu condiţia ca ligatura arterei uterine, să se facă deasupra emergenţei ramurilor vaginale cari dau ramuri la col. Dacă acest lucru n'a fost posibil, şi colul sângerează, 2—3 puncte de sutură pe buzele bontului asigură hemostaza.

Hemostaza e mult mai necesară atunci când s'a făcut evidarea colului şi când dacă nu se face acest lucru, după operaţiune, survin mici hemoragii prin vagin, hemoragii ce pot fi uneori destul de serioase.

Drenajul propriu zis. După indicaţiunile şi scopul ce urmărim, recurgem în executarea lui la meşe sau la dren. După scopul lui, este *evacuator* şi pentru a obţine aceasta se intro-

duce de sus în jos în col un tub gros de cauciuc, care tub va uşura scurgerea lichidelor colectate în basin. Acest tub are 1—2 orificii accesoril şi el rămâne deasupra colului cu o lungime de 2—4 cm.

Atunci când din cauza unor manevraţiuni cu tumori septice ne temem de o eventuală infecţiune post-operatorie se drenează focarul operator în scop *profilactic* şi pentru aceasta meşa de gaz ce traversează colul îşi are indicaţiunea sa.

Pentru scopul *hemostatic* al drenajului nu se face decât tamponare, de aceea se vor întrebuinţa totdeauna meşe de gaz.

Meşele de gaz ce se întrebuinţează pot fi 1 sau 2, lungi de 1 metru, şi se pun în două introducându-se prin mijlocul lor de sus în jos prin colul dilatat în vagin. Extremităţile ce rămân în basin se strâng deoparte şi alta, la dreapta şi stânga la baza ligamentelor largi.

5. *Peritonizare.* Peritonizarea pelvisului depinde de întinderea şi topografia leziunei. Reconstituirea peritoneului pelvian, complectă ori incomplectă, e în funcţie de aceste leziuni şi de gradul lor de infecţiune. După cum drenajul se comportă faţă de peritoneu, el poate fi intra, extra sau subperitoneal. In caz de supuraţiuni pelviene întinse, când întreaga seroasă este contaminată, ţesutul peritoneal infectat şi peritonizarea nu e posibilă, atunci drenajul transcervical rămâne în contact cu ansele intestinale, este *intra-peritoneal.*

In alte infecţiuni însă, mai puţin întinse şi închistate, cum ar fi de exemplu o supuraţiune tubo-ovariană, este posibil de a se practica o peritonizare superioară a basinului, ce ar avea de scop să izoleze marea seroasă peritoneală de focarul operator, septic, care prin drenaj rămâne în comunicaţie cu vaginul. Drenul în acest caz se găseşte în micul basin, dedesuptul seroasei reconstituite şi drenajul va fi atunci *extraperitoneal.* Această cloazonare superioară se poate face întrebuinţând colonul şi mezocolonul transvers, ligamentele largi, ligamentele rotunde, după technica stabilită de Beuttner.

Drenajul *subperitoneal* rămâne a se practica numai în scop hemostatic, când în urma extirpării blocului utero-anexial, ar fi o hemoragie în masă în parametru. Pentru aceasta, deasupra meşei hemostatice, ce trece prin col se face peritonizare joasă, suturând transversal cele 2 lame ale ligamentelor largi. In ceea ce priveşte linia de sutură a seroasei, este preferabil susţine Delbet, ca ea să nu cadă direct la nivelul bontului deci al tubului sau meşei, ci să fie retro cervicală evitându-se astfel o infecţiune care ar fi mai uşoară dacă sutura ar fi direct pe dren.

In privinţa inconvenientelor şi accidentelor, ce ar putea surveni din aplicarea drenajului transcervical, vom avea foarte puţin de spus, aceste inconveniente şi accidente fiind extrem de

reduse. Ca inconvenient, singurul ce ar putea exista, ar fi atunci când colul, stenozat, impermeabil nu ar permite trecerea cu uşurinţa a materialului de drenare; dar acest inconvenient se îndreaptă, după cum am văzut în technica preconizată de D-l Prof. Daniel prin evidarea colului, operaţiune destul de simplă şi în care urmând întocmai cele recomandate de D-l Prof. Daniel, nu avem nici un risc. Accidente serioase cari să decurgă din drenajul transcervical şi să întunece deplinul succes al operaţiunei putem spune că nu există; căci în afară de îmbibarea cu sânge a meşelor, sau prinderea accidentală a lor cu firele de catgut în timpul peritonizărei, îngreunând puţin extragerea, nu întâlnim altele. Acest accident se poate remedia. Trăgând uşor, şi continuu asupra meşei o vom scoate afară. Nici un alt accident post operatoriu; de altfel cercetând cele 15 observaţiuni ale hysterectomiilor subtotale cu drenaj transcervical făcute în ultimul timp de D-l Prof. Daniel vom vedea că rezultatele au fost excelente: toate bolnavele au părăsit serviciul vindecate.

Rezultatele drenajului transcervical sunt din cele mai bune. Pe lângă avantagiile bune ale drenajului vaginal în general: decliv, nu lasă cicatrice abdominală sau eventraţiune, prin drenajul transcervical vom putea utiliza şi alte avantagii ce acesta ni le pune la dispoziţie. Drenajul transcervical fiind central, asigura scurgerea în mod egal a lichidelor retrovezical şi prerectal; asigură apoi drenarea parametrului, şi pentru că este practicat pe cale naturală se evită fistulele, ce ar rezulta, dacă drenarea s'ar face prin fundurile de sac, sau cicatricele ce ar rămâne în acelaş caz şi care ar putea fi dureroase, din cauza aderenţelor ce se pot face, în plus, procesul de vindecare este mai uşor pentru drenajul transcervical decât pentru cel retrocervical sau precervical.

In clinica gynecologică Prof. C. Daniel din un total de 24 de hysterectomii subtotale, s'a practicat drenajul transcervical în 15, deci într'o proporţie de 62% şi s'a avut după cum se poate vedea din observaţiunile de mai jos 100%, vindecări. Din aceste 15 aplicaţiuni ale drenajului transcervical s'au făcut: 3 în scop hemostatic deci 20%, 3 în scop curativ deci tot 20%, şi 9 în scop profilactic deci 60%. In toate cazurile, atingând în mod perfect scopul pentru care au fost făcute.

S'a făcut evidare conoidă în 5 cazuri, deci o proporţie de 33%.

Pentru toate avantagiile ce le prezintă asupra celorlalte moduri de drenaj vaginal, pentru bunele rezultate obţinute prin drenajul transcervical, vom putea spune cu drept cuvânt că ori de câte ori, după hysterectomiile subtotale este indicat drenajul vaginal, vom alege în totdeauna drenajul transcervical aşa cum este practicat de D-l Prof. Daniel.

latiune anterioară, hemostaza uterinelor, răsturnare de jos în sus și din 'nainte înnapoi a blocului uterin Peritonizare. *Drenaj transcervical ca hemostatic, după evidarea conoidă.* Inchiderea peretelui într'un plan; zona anexială stângă este ocupată de un focar (membrană piogemică) corespunzând supurațiunei deschisă la ombilic care a fost incizată anterior.

VII. (Idem. Obs. No. 244. Operația No. 57, 2 Decembrie 1922.) *Fibrom uterin. Hysterectomie subtotală. Drenaj transcervical. Vindecare.*

Operație. Laparotomie mediană subombilicală. Se constată o masă fibromatoasă, cu ușoare aderențe situate în micul basin. Uterul luxat la stânga este ascuns în dosul vesicei. Anexele din stânga sănătoase. Trompa din dreapta lungită răsfirată pe polul superior al tumorei. Ovarul nu se vede. Tire-bouchon-ul atrage blocul fibromatos în sus, care este foarte aderent la stânga. O pensă hysterolabă, atrage uterul în sus. Prin procedeul american se face hysterectomia de la stânga la dreapta rezecând anexele stângi în bloc cu uterul. Rezistența blocului e foarte mare la dreapta. Se face o breșă în ligamentul larg și se răstoarnă de jos în sus fibromul care se decorticheză prin suturi cu catgut (fire separate, surjet). Apendicele aderent la capsulă se detașează și se rezecă. Evidare conoidă a colului, drenaj transcervical. Inchiderea peretelui cu fire de bronz.

VIII. (Idem. obs. No. 271. Operația No. 1, 3 Ianuarie 1923). *Hematom tubar drept. Salpingită supurată stângă. Mic hematocel retrouterin. Hysterectomie subtotală. Drenaj transcervical. Vindecare. Operație.* Laparotomie mediană subombilicală. Se constată aderențe între epiploon și blocul genital drept. Se rezecă ; colonul pelvian e ușor aderent la organele genitale. Se desfac aderențele. Leziunile fiind voluminoase; cât un pumn la dreapta, cât un ou la stânga și aderente la basin. Se face hemisecțiunea uterină. Decolațiunea preliminară. Se extirpă fiecare jumătate uterină cu porțiunea anexială corespondentă. Drenaj transcervical, hemostază, închiderea peretelui într'un plan cu fire de bronz.

IX. (Idem. obs. No. 13. Operația No. 8. 29 Ianuarie 1923). *Fibrom uterin retrovezical anterolateral ; leziuni anexiale bilaterale. Hysterectomie subtotală. Drenaj transcervical. Vindecare.*

Operație. Laparotomie mediană subombilicală. Se constată o tumoră fibromatoasă cât o portocală, pe fața anterioară a uterului, înnapoia vezicei care este împinsă în spre pubis. Fundul de sac al lui Douglas este închis de aderențe și este ocupat de o parte din anexele din dreapta. Anexele din stânga prezintă leziuni mai reduse. Se desfac aderențele din Douglas. Se degajează fața posterioară a

uterului de care este aderentă anexa din dreapta. Se practică hysterectomia prin incizie continuă transversă dela stânga la dreapta (sistem american). Drenaj transcervical. Peritoneoplastie. Inchiderea peretelui în trei planuri.

X. (Idem. obs. No. 7. Operaţia No. 10. 2 Februarie 1923). *Sarcină extrauterină dreaptă cu evoluţie interligamentară. Hysterectomie subtotală. Drenaj transcervical. Vindecare.*

Operaţie. Laparotomie mediană subombilicală. Se constată anexa din dreapta mare cât o portocală, aderentă la uter şi inclavată în ligamentul larg corespunzător. Se face hysterectomia după procedeul american, de la stânga la dreapta, extirpându se în bloc uterul şi anexa din dreapta, de jos în sus decorticând-o din lamele ligamentului larg. Drenaj transcervical. Cloazonarea basinului. Inchiderea peretelui în trei planuri.

XI. (Idem. obs. No. 1. Operaţia No. 18. 8 Februarie 1923). *Anexite supurate bilaterale bacilare. Hysterectomie subtotală. Drenaj transcervical. Vindecare.*

Operaţie. Laparotomie mediană subombilicală. Se constată aderenţe între epiploon şi blocul genital, care se rezecă. Uterul aruncat înnapoia simfizei este aderent la peritoneul retro vesical, Se face imperfect decolaţia prelimînară, urmată de hemisecţiune. Se decortichează fiecare jumătate cu blocul anexial corespondent. După rezecţia epiploonului se observă o ansă intestina ă subţire aderentă la faţă posterioară a blocului genital. Fiecare jumătate din leziunile extrase este de mărimea unui pumn. Drenaj transcervical cu două meşe. Sac Miculcz cu două meşe pentru a izola abdomenul de zona operată. Sutura peretelui într'un strat, cu fire de bronz.

XII. Idem. obs. No. 61. Operaţia No. 18. 14 Martie 1923). *Pachiperimetro-anexită hemoragică. Hysterectomie subtotală. Drenaj transcervical. Vindecare.*

Operaţie. Laparotomie mediană subombilicală. Se constată colonul pelvian ridicat de leziunile pelviene. Marele epiploon aderent la dreapta la zona anexială. Se prinde fundul uterului cu două pense Museux. Decolaţie preliminară, urmată de hemisecţiune de sus în jos. Decorticarea anexelor din stânga (dure, mărite, neregulate) este foarte dificilă aşa în cât sunt secţionate aproape de uter. Jumătatea uterină stângă este extirpată. La dreapta se procede la răsturnarea uterului, însă anexele alterate şi foarte aderente nu permit decorticarea. Se extirpă jumătatea dreaptă uterină separat. Se liberează aderenţele dintre colonul pelvian şi ambele anexe rămase în basin. Extirparea resturilor anexiale devine posibilă.

Sub anexe, Douglas-ul este ocupat de serozitate transparentă (pelviperitonită seroasă). Falsele membrane, foarte hemoragice sunt

groase de 2—3 m m. şi constitue cavităţi cloasonate între uter şi peritoneul posterior, şi rect. Hemostază, evidare conoidă a colului. Drenaj transcervical cu trei meşe. Coloazonarea basinului cu ansa colică suturată la peritoneul vezical. Închiderea peretelui cu fire de bronz, într'un plan.

XIII. (Idem. Obs. No. 52. Operaţia No. 19. 19 Martie 1923). *Anexită bilaterală. Salpingită stângă supurată. Hysterectomie subtotală. Drenaj transcervical. Vindecare.*

Operaţie. Laparotomie transversă. (Pfannenstiel). Se constată colonul pelvian uşor aderent la blocul genital. Masa anexială stângă formează un bloc de mărimea unei mandarine, aderent la basin şi la colonul pelvian, anexele din dreapta scleroase, foarte aderente la pereţii basinului şi la colon. Se deslipesc o parte din aderenţele după faţa posterioară a uterului, se practică decolaţia preliminară. Se scurg câţ va c.m.c. de puroi galben, legat, din cavitatea uterină. Hemisecţiune. Se decortichează de jos în sus blocul anexial stâng, apoi cel drept cu mai multă dificultate. Evidarea conoidală a colului, drenaj transcervical. Hemostază, peritonizaţie cu peritoneul vesical şi perirectal. Închiderea peretelui, în surjet, în trei planuri.

XIV. (Idem. Obs. No. 107. Operaţia No. 35. 5 Mai 1923). *Fibroame intraligamentare bilaterale. Pyo-salpinx stâng. Kist hemoragic al ovarului drept. Hysterectomie subtotală. Drenaj transcervical. Vindecare.*

Operaţie. Laparotomie transversală (Pfannenstiel). Se constată uterul formând o tumoră cât un cap de copil, aderentă înnapoi, polilobulată. Peretele abdominal conţine foarte multă grăsime (de trei degete). Decolaţie anterioară. Se răstoarnă blocul utero-anexial de jos în sus şi se observă anexa din stânga, kistică, supurată, de unde se scurg câteva picături de puroi. Anexele din dreapta aderente la fosa iliacă corespondentă. Se secţionează pedicului lor la nivelul coarnei uterine. Se extrage în bloc uterul fibromatos cu anexele din stânga. La dreapta blocul salpingo ovarian se extrage separat. Drenaj transcervical. Peritoneo plastie. Închiderea peretelui în trei planuri.

XV. (Idem. Obs. No. 121. Operaţia No. 41. 24 Mai 1923). *Kist ligamentar hematic drept. Ovarită kistică stângă. Hysterectomie subtotală. Drenaj transcervical. Vindecare.*

Operaţie. Laparotomie mediană subombilicală. Se constată aderenţe largi între marele epiploon şi blocul genital. Se rezecă. Blocul genital e format de o pungă kistică cât un cap de foetus la dreapta. Intestinul gros este aderent la masa kistică. Se descoperă fundul uterin înainte. Se practică decolaţia preliminară. Hemisecţiune uterină. Decorticându-se de jos în sus jumătatea dreaptă, kistul hematic se rupe. Se decortichează. La stânga se decortichează asemenea, jumătatea corespunzătoare. Drenaj transcervical. Cloazonarea basinului. Închiderea peretelui într'un plan cu fire de bronz.

Concluziuni

1. In aproape totalitatea operaţiunilor gynecologice abdominale, când drenajul este indicat, el se practică azi, mai ales pe calea de jos (vaginală). Drenajul abdominal se întrebuinţează în cazuri foarte rare, când seroasa peritoneală este contaminată.

2. Technica drenajului vaginal după hysterectomiile subtotale variază după preferinţa autorilor şi după topografia leziunilor pelviene; el poate fi precervical, transcervical, retrocervical.

3. Drenajul transcervical practicat de d. Prof. C. Daniel, este de preferat celorlalte varietăţi intru cât este: anatomic, (făcându-se pe cale naturală), fiziologic, (decliv şi drenează şi parametrul), central, asigurând în mod egal, scurgerea lichidelor retrovesicale şi prerectale.

4. Ca şi în celelalte moduri, drenajul transcervical se aplică în scop: hemostatic (drenaj de tamponare) preventiv (când bănuim că zona operatorie a fost contaminată, curativ, când e vorba de suprafeţe neregulate septice.

5. Materialul drenajului după scopul ce se urmăreşte se compune din: tub de cauciuc, meşe sau ambele asociate.

Văzută şi bună de imprimat.

Preşedintele tezei,
Profesor Dr. **C. Daniel**

Decanul Facultăţii
Profesor Dr. **Toma Ionescu**

BIBLIOGRAFIE

1. *O. Beuttner.* Le rôle du tamponnement, du drainage et de la péritonisation, dans la lutte contre l'infection lors de l'extirpation abdominale du cancer du col de l'utérus. (Revue Médicale de la Suisse romande No. 7, 1912, et Gynecol. Helvetica 1913).

2. *O. Beuttner.* Die Technik der peritonealen Wundbehandlung des weibliches Beckens (Orell-Füssli, Zürich, 1918).

3. *C. Daniel.* Le drainage transcervical dans l'hystérectomie subtotale pour supurations pelviennes (Soc. d'Urologie de Bucarest. Mai 1919 şi «Spitalul» No. 1 şi 2 din 1920.

4. *C. Daniel.* Le drainaget ranscervical dans l'hystérectomie subtotale («Archives franco-belges de chirurgie», No. 9, 1922).

5. *P. Delbet.* Sur un point de technique de l'hystérectomie supravaginale. («Le Monde Médical». No. 619, 1923.

6. *Forgue.* Gynécologie.

7. *Ferreira.* Autoplastie péritonéale dans 85 cas de laparotomies abdominales pour grossesse ectopique (Thèse de Genève. 1918.

8. *Pozzi.* Drainage et tamponnement du péritoine. («Annales de Gynécologie et d'Obstétrique», 1888).

9. *Pouchon.* Trois cas d'ovariotomie traités avec succès sans drainage (Annales de Gynécologie et d'obstétrique 1881).

10. *Sarbach.* Traitement chirurgical des lésions péritonéales du bassin de la femme par les auteurs français d'après les Annales de Gynécologie et d'Obstétrique de 1874 à nos jours (Thèse de Genève. 1920).

11. *P. Vulietty.* Douze cas de péritonisation haute suivant le procédé Rouffart-Hénault (Thèse de Genève, 1918).